

Meervoudige gezinstherapie voor adolescenten met verslavingsproblemen

Henk Rigter · Kees Mos

Met adolescenten die al jong verslavingsproblematiek vertonen - in de praktijk gaat het vooral om misbruik en afhankelijkheid van alcohol en cannabis - is vaak meer aan de hand. Bij complexe problematiek past een meervoudige therapie, met aandacht voor de rol van gezin, leeftijdgenoten, school en andere omgevingen. Van bestaande meervoudige therapieën heeft 'multidimensionale family therapy' (MDFT) de beste papieren voor vermindering van verslavingsproblematiek. Deze van origine Amerikaanse behandeling helpt ook bij ander probleemgedrag van jongeren. In Nederland en andere Europese landen staat een experiment met MDFT op stapel, dat moet aantonen of de aanpak ook werkt aan deze kant van de oceaan. MDFT is deel van een nieuwe generatie gezinstherapieën met elementen van 'bemoeizorg'.

Inleiding

Adolescenten

Adolescenten kunnen aan middelen als alcohol en drugs verslaafd raken (en ook aan tabak, maar dat blijft hier buiten beschouwing). Van alcohol is het verslavend effect op jongeren al lang bekend. Het besef dat hasj en wiet (cannabis) jongeren vergelijkbare moeilijkheden kunnen bezorgen is van recenter datum. De verslavingszorg in Nederland besteedt mondjesmaat speciale aandacht aan adolescenten met verslavingsproblemen. De betrokken jongeren komen, als ze al hulp zoeken, waarschijnlijk eerder terecht in de geestelijke gezondheidszorg,

jeugdzorg, jeugdbescherming of het jongerenwerk. Hulpverleners in die sectoren weten meestal niet veel van verslaving af. De hulpverlening voor adolescenten met verslavingsproblematiek is gefragmenteerd, met uiteenlopende benaderingen in de diverse zorgsectoren. Al die sectoren hebben de laatste jaren voortgang geboekt. Maar nieuwe kennis is nog te weinig tot Nederland doorgedrongen en wordt onderling onvoldoende uitgewisseld (Rigter, 2006). Met dit artikel willen wij enigszins in die leemte voorzien.

Cannabis als voorbeeld

Cannabis dient hier als voorbeeld om de verslavingsproblematiek van adolescenten te schetsen (Rigter, 2006). Cannabis is verreweg de meest gebruikte illegale drug onder jongeren in de westerse wereld. Veel jongeren nemen cannabis zonder daar blijvend last van te hebben, maar dit is niet iedereen gegund. Sommige gebruikers nemen er zoveel van dat ze een cannabisstoornis krijgen (in de zin van afhankelijkheid of misbruik volgens diagnostische classificatiesystemen als DSM en ICD). Volgens een recent literatuuroverzicht wordt een op de tien adolescenten die cannabis uitproberen van die drug afhankelijk (Hall, 2006). Cannabismisbruik komt onder jongeren meer voor dan cannabisafhankelijkheid.

Rigter (2006) bespreekt de criteria voor vaststelling van een cannabisstoornis. Onthoudingsverschijnselen en tolerantie doen zich voor. Maar bij afhankelijkheid springt vooral in het oog dat de jongere de drug vaker neemt dan hij wil en dat de consumptie leidt tot ongewenste persoonlijke gevolgen als verwaarlozing van respectievelijk familiecontact, vrijetijdsbesteding, school, opleiding of werk. De kans is groot dat vooral jongeren met een cannabisstoornis ook andere psychische en gedragsstoornissen

Henk Rigter (✉)
Prof. dr. H. Rigter werkt bij de Afdeling Maatschappelijke
Gezondheidszorg van Erasmus MC te Rotterdam. E-mail: h.rigter@erasmusmc.nl.

vertonen (bijv. angsten, depressie, antisociaal gedrag, ontwikkelingsstoornissen als ADHD, alcoholmisbruik of -afhankelijkheid). Dit verschijnsel heet comorbiditeit. De bewuste verbanden zijn het duidelijkst onder jongeren met gedragsproblematiek als spijbelen en criminaliteit en zijn sterker naarmate de cannabisstoornis zich vroeger uit (Rigter, 2006).

In een groep jongens uit een penitentiaire jeugdinrichting in Nederland had de meerderheid (55%) problemen met alcohol of drugs (misbruik of afhankelijkheid). Een op de drie was afhankelijk van cannabis, 14 procent vertoonde cannabismisbruik en een op de vijf was afhankelijk van alcohol (Vreugdenhil e.a., 2004). Cannabis- en alcoholproblematiek hingen sterk samen. Ook bestond er een duidelijke relatie tussen enerzijds middelenstoornissen (m.n. afhankelijkheid van cannabis of alcohol) en anderzijds gedragsstoornissen die gepaard gaan met uitingen als geweld en vernieling.

In een proefonderzoek in vijf West-Europese landen onder adolescenten met een cannabisstoornis die in contact stonden met een instantie voor hulpverlening, had 24 procent een internaliserende en 38 procent een externaliserende stoornis en werd bij 32 procent een psychotische stoornis geconstateerd (Rigter, 2005). Een cannabisstoornis weegt vermoedelijk zwaarder bij adolescenten dan volwassenen, want jongeren zijn kwetsbaarder voor het krijgen van deze stoornissen en groeien er minder makkelijk uit eigen kracht overheen. In een Beierse studie hield slechts 14 tot 16 procent van de jongeren met een cannabisstoornis op met het nemen van de drug in de vijf jaar daarna. In vier van de tien gevallen gold de oorspronkelijke diagnose vijf jaar later nog steeds (Von Sydow e.a., 2002). Een cannabisstoornis kan bij jongeren dus hardnekkig zijn, vooral als er sprake is van comorbiditeit.

In Nederland is de behoefte aan behandeling voor cannabisproblemen de laatste tien jaar flink gestegen, gezien het aantal mensen dat aanklopt bij instellingen voor verslavingszorg (Nationale Drug Monitor, 2006). Dit beeld overheerst in de hele Europese Unie. Gemiddeld over elf lidstaten heeft cannabis de opiaten verdrongen als primaire reden om hulp te zoeken in de verslavingssector. De hulpvraag bij jongeren is meestal niet spontaan maar het gevolg van drang door familie, vrienden, school, jeugdzorg of kinderrecht (Rigter, 2006).

Behandeling van adolescenten met een middelenstoornis

Behandeling hoort af te hangen van de aard en omvang van de problematiek. Adolescenten kunnen louter een middelenstoornis hebben of ook met andere zaken kampen. In theorie kan men in het eerste geval met een lichte

aanpak volstaan: internetvoorlichting of -hulp (mogelijk van nut bij alcoholstoornissen, nog te bewijzen bij cannabis), korte cognitieve gedragstherapie (CGT; van betekenis bij volwassenen, onzeker bij jongeren) of misschien drugcounseling (onbewezen) (Rigter e.a., 2004; Rigter, 2006). Ook gezinstherapie kan uitkomst bieden bij dergelijke 'lichte' gevallen (misbruik maar geen zware afhankelijkheid en geen comorbiditeit; Hogue e.a., 2002), maar is wegens de benodigde investeringen in scholing en infrastructuur vooral aangewezen bij zwaardere of meervoudige problematiek (middelenproblematiek gepaard aan andere stoornissen; Rigter e.a., 2004).

Het gezin is een beschermende factor om jongeren te behoeden voor of te helpen bij probleemgedrag. Er zijn vele vormen van gezinstherapie, gebaseerd op minstens 22 theoretische modellen (Shadish e.a., 1993). Ze worden aangeduid als structureel, strategisch, contextueel of functioneel. Dit klinkt onderscheidend, maar in de praktijk overlappen ze elkaar in opzet en aanpak (Rigter, 2006).

Naar gezinstherapie bij adolescenten met (ook) middelenstoornissen is veel onderzoek gedaan. Gezinstherapie sorteert meer effect dan individuele counseling en beperkt middelengebruik sterker dan psycho-educatie en groepsbijeenkomsten voor familieleden (Rigter e.a., 2004). De meeste studies van oudere datum waren van korte duur. Afgezien daarvan: gezinstherapie is een niet al te nuttig verzamelbegrip geworden voor uiteenlopende benaderingen. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw lieten overkoepelende analyses van onderzoeksbevindingen (meta-analyses, o.a. Shadish e.a., 1993) zien dat gezinstherapie bij adolescenten weliswaar enig effect heeft op een verscheidenheid aan uitkomsten (bijv. middelengebruik), maar onduidelijk bleef welke behandelings ingrediënten ertoe deden en hoe de effectiviteit van de aanpak kon worden vergroot. Motivatieverhoging (motiverende gespreksvoering) en elementen van CGT speelden mogelijk een rol in het bereikte effect.

Al vóór die vroege meta-analyses begon gezinstherapie zich in de Verenigde Staten te ontwikkelen tot meervoudige gezinstherapie, met inachtneming van andere stoornissen dan alleen middelenproblematiek. Vormen van meervoudige gezinstherapie komen in recente samenvattingen van de literatuur beter uit de bus dan andere beschikbare behandelingen op gedragsuitkomsten als criminaliteit, schooltrouw en middelengebruik. Met name vallen te noemen 'multidimensional family therapy' (MDFT), 'multisystemic therapy' (MST; ontworpen door Henggeler; Little e.a., 2005), 'functional family therapy' (FFT; Sexton & Alexander, 2000) en 'brief strategic family therapy' (BSFT; Szapocznik & Williams, 2000). MDFT en MST zijn beter en in meer experimenten bestudeerd dan FFT en BSFT.

In dit artikel richten wij ons vooral op de uitkomst ‘vermindering van middelengebruik en van middelenstoornissen’, waarvoor MDFT de beste papieren heeft (Rigter, 2006; Little e.a., 2005). Daarom bespreken wij MDFT en blijven de andere genoemde therapieën, ook bij gebrek aan ruimte, buiten beschouwing (voor informatie daarover zie Rigter, 2006).

Meervoudige gezinstherapieën omvatten verworvenheden als CGT en motivatieverhoging, maar ‘bemoeizorg’ is het sleutelwoord. Het gaat om interventies waaraan zowel de middelen gebruikende adolescent als familieleden meedoen; apart en gezamenlijk. De behandeling kan inspelen op kennis over alcohol en drugs, op vaardigheden, emoties, gedragingen, sociale relaties en iemands functioneren op school of werk of binnen andere ‘systemen’. De behandeling vindt niet puur plaats van achter het bureau en blijft niet beperkt tot de jongere en zijn ouders en niet alleen tot middelengebruik; vandaar het woord meervoudig. Een lid van het therapeutisch team gaat op huisbezoek en houdt daar sessies, belt de school, bemiddelt bij behandelinstellingen of de rechtbank, en doet suggesties voor vrijetijdsbesteding. (Dit lijkt iets geheel nieuws, maar is feitelijk de bemoeizorg zoals ooit gepraktiseerd door de Amsterdamse psychiater Querido.)

Multidimensional family therapy

Ontwikkelaars

‘Multidimensional family therapy’ (MDFT) is ontworpen door H. Liddle en medewerkers van het Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse (CTRADA) van de University of Miami Medical School (zie www.miami.edu.ctrada).

Achtergrond en opzet

MDFT ziet probleemgebruik van middelen en ander ongewenst gedrag als uiting van een levensstijl die niet alleen gevormd is door jeugdcultuur maar ook door stoornissen die de jongere al had, door gebrek aan harmonie in het gezin, invloed van vrienden en een tekort aan zinvolle sociale banden en activiteiten. Voeg daarbij moeilijkheden die op school ontstaan of met de politie, en al gauw lijkt er sprake van een neerwaartse spiraal. Een MDFT-therapeut pakt niet slechts het middelengebruik aan, want de bedoeling is winst te boeken op zoveel mogelijk levensterreinen.

De behandeling kent drie fasen. In het eerste stadium legt de therapeut het fundament voor de behandeling van de jongere. Het gaat hier om motivatieverhoging,

vaststellen van doelen en tot stand brengen van een relatie (alliantie) tussen de therapeut en de adolescent en de therapeut en de familie. In de tweede periode komen gewenste veranderingen in vier levenssferen aan de orde: *a* het functioneren van de jongere als individu, *b* zijn relatie met de ouders, *c* zijn relatie met overige familie, en *d* zijn relatie met vrienden, school, werk en (evt.) justitie. De jongere wordt aangesproken op problematisch gedrag. Anderzijds zoekt de therapeut samen met de adolescent naar omstandigheden, activiteiten en vrijetijdsbesteding die niet verleiden tot middelengebruik. De jongere krijgt bovendien de nodige vaardigheden aangeleerd. De laatste fase bestendigt wat er is bereikt. (De behandeling staat in een handboek beschreven: <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt>.)

Interventies gericht op de jongere

De therapeut begint met het in kaart brengen van de opvattingen van de jongere over middelengebruik en stelt daar feiten tegenover, bijvoorbeeld dat middelengebruik onder jeugdigen lang niet zo algemeen of vanzelfsprekend is als vaak gedacht. De volgende stap is dat de adolescent zichzelf doelen stelt en dat de therapeut de discrepantie aangeeft tussen huidig en door de jongere gewenst gedrag.

Daarna volgt naar bevind van zaken een reeks van acties. De therapeut probeert de jongere te brengen tot een zekere autonomie en controle over het eigen leven, zonder dat hij de omgang met zijn familie verwaarloost. Autonomie houdt geringere afhankelijkheid in van familie en vrienden, en weerstand tegen frustratie en verleidingen. De jongere leert in riskante situaties nee te zeggen, evenals manieren om contacten te leggen buiten de kring van drugsgebruikende leeftijdgenoten. De training richt zich ook op zelfreflectie, communicatievaardigheden en probleemoplossend vermogen. Mogelijkheden voor andere vrijetijdsbesteding en vriendenkringen worden verkend. De therapeut onderneemt zonodig actie naar de school, het openbaar ministerie of andere instanties om onheil als schorsing of strafoplegging af te wenden.

Interventies gericht op ouder(s) en het hele gezin

Ouders leren meer betrokkenheid en waardering te tonen in plaats van de jongere te overladen met kritiek. Ook krijgen ze training in communicatie met hun kinderen en in het stellen van regels. Andere familieleden worden eveneens geholpen positief te denken en te handelen.

De ouders worden niet alleen als opvoeder aangesproken. Wat zijn de eigen problemen van deze volwassenen, onder meer op het vlak van geestelijk welzijn en middelengebruik? Wat kan daaraan worden gedaan? De

therapeut biedt hier de helpende hand en zorgt bijvoorbeeld voor verwijzing.

Interventies gericht op de wereld buiten het gezin

De adolescent kan veranderen, evenals zijn familie, maar dit haalt weinig uit als de relatie met de buitenwereld niet verandert. Vandaar de al eerder genoemde nadruk op vrijetijdsbesteding en op het overeenkomen met school en openbaar ministerie van regelingen die de jongere nieuwe kansen bieden (d.w.z. onderhandelen, de telefoon oppakken, naar het gerechtsgebouw gaan) ofwel bemoeizorg.

Duur

MDFT in volle omvang vereist bij jongeren met meer- of minderjarige problematiek zo'n twee sessies per week plus een reeks telefoontjes, en dat gedurende vier tot vijf maanden. Sessies kunnen op kantoor plaatsvinden of thuis bij de familie (of zelfs op school of in het gerechtsgebouw). Bij lichtere problematiek kan de behandeling korter zijn: acht tot zestien sessies.

Effectiviteit

De bewijzen ten gunste van MDFT komen uit zes gerandomiseerde experimenten die deze therapie vergeleken met een reeks van andere behandelingen (groepstherapie, CGT, therapeutische gemeenschap; Rigter, 2006). De hoofdpunten zijn, steeds met meerwaarde ten opzichte van de controlebehandeling, de volgende.

1. MDFT overtuigt adolescenten en hun familie om de behandeling te accepteren en vol te houden. Voorbeeld: in een van de experimenten deed 85 procent van de jongeren en hun ouders aan minstens 60 procent van de sessies mee, een hoge score in de verslavingszorg maar voor MDFT eerder aan de lage kant.
2. MDFT beperkt bij de adolescent het gebruik van middelen (cannabis, alcohol, harddrugs). De gevonden afname varieerde van 41 tot 82 procent, gemeten vanaf intake tot het eind van de therapie. Dit effect houdt minstens een jaar stand ($d = 0,60-0,77$)¹ en wordt in de loop van nog eens anderhalf jaar geprononceerder.

¹ Bij de beoordeling van de praktijkbetekenis van bevindingen in wetenschappelijke artikelen tellen twee zaken mee: *a* de sterkte van het bewijs dat er een statistisch significant effect bestaat, en *b* de grootte van dat effect. Een van de manieren om de grootte van het effect uit te drukken is de statistische (gestandaardiseerde) parameter *d* (Cohens *d*). Een waarde van *d* onder de 0,2 of 0,3 duidt op een klein effect. Tussen 0,3 en 0,5 of 0,6 gaat het om een middelmatig en bij nog hogere waarden (vooral 0,8) om een (tamelijk) groot effect.

3. MDFT verbetert het functioneren op school (betere cijfers, minder spijbelen).
4. MDFT vermindert symptomen van internaliserend (angst, depressie; $d = 0,54$) en externaliserend gedrag (gedrags- en ontwikkelingsstoornissen; $d = 0,66-0,83$), naar eigen oordeel van de jongeren en dat van hun ouders.
5. MDFT verbetert het functioneren van het gezin ($d = 0,27$) en beperkt de noodzaak van uithuisplaatsing van de jongere.
6. MDFT vermindert wetsovertredingen ($d = 0,31-0,44$) en omgang met criminele leeftijdgenoten ($d = 0,67$).
7. De behandeling werkt bij jongere en oudere adolescenten in kortere en langere varianten, bij lichte en zware gevallen van cannabis-, alcohol- en aanverwante problematiek, bij Amerikaanse blanken, zwarten en latino's, bij toepassing thuis, in een polikliniek of wijkcentrum en ongeacht de instantie die verwijst.
8. MDFT lijkt kosten te besparen ten opzichte van andere ambulante therapieën en van opname in een therapeutische gemeenschap (mogelijk met een factor 2 tot 3). Dit zijn Amerikaanse gegevens; een kosteneffectiviteitsanalyse in Nederland moet nog worden gedaan.
9. Therapeuten en cliënten zijn te spreken over MDFT.

Jongeren moeten goed met de therapeut kunnen opschieten willen ze in behandeling gaan en blijven. Bij MDFT blijkt verder de verstandhouding (therapeutische alliantie) tussen hulpverleners en ouders van belang. Hoe beter die relatie, des te kleiner de toch al geringe kans dat de behandeling voortijdig wordt gestaakt.

Implementatie

MDFT mag dan werken in onderzoek, helpt de behandeling ook in de praktijk? Er loopt in de VS een groot implementatieonderzoek naar MDFT. Het is nog niet helemaal afgerond, maar duidelijk is al wel dat therapeuten MDFT in de praktijk kunnen leren. Zij scoren voldoende tot goed op maten voor competentie en voor de getrouwheid waarmee ze de behandeling uitvoeren. De behandelde jongeren gingen vooruit op maten van drugsgebruik en internaliserend en externaliserend gedrag.

Met MDFT is proefgedraaid in Berlijn, Brussel, Den Haag, Parijs en Zürich. Ook daar met bevredigend resultaat, al gaat het nog om een aanzet (Rigter, 2005). In Den Haag deden twee samenwerkende instellingen mee: Mistral (het adolescentenprogramma van Parnassia Verslavingszorg) en Palmhuis (een onderdeel van De Jutters, bestemd voor jongeren die van de rechter de kans krijgen zich te laten behandelen als alternatief voor detentie). Het proefonderzoek vond plaats in opdracht van de ministeries van Volksgezondheid van België, Duitsland,

Frankrijk, Nederland en Zwitserland, als onderdeel van een gezamenlijk Cannabis Research Action Plan.

Mistral en Palmhuis willen MDFT nu toepassen in een experiment (een 'randomized controlled trial' ofwel RCT) waarin MDFT wordt vergeleken met de gangbare zorg (waarin CGT overheerst) op maten als middelengebruik, functioneren op school en in het gezin, en criminaliteit. Dit onderzoek begint in de zomer van 2006. De nadruk ligt op cannabis, maar niet uitsluitend. Ook andere Europese landen overwegen aan dit experiment mee te doen. Een eigen Europese toets is van belang als aanvulling op eerder Amerikaans onderzoek, omdat de verslavings- en jeugdzorg hier anders georganiseerd zijn en omdat er tegen bijvoorbeeld cannabisgebruik persoonlijk en maatschappelijk anders wordt aangekeken dan in de VS.

Tot besluit

Het gezin is een beschermende factor om jongeren te behoeden voor of te helpen bij probleemgedrag. Meervoudige gezinstherapieën bieden hier perspectief als behandeling geboden is. De keuze voor de ene of andere meervoudige gezinstherapie hangt af van de wetenschappelijke evidentie en de maat waarop de aandacht zich richt. Valt de nadruk op middelengebruik en middeleenstoornissen, dan verdient MDFT de voorkeur (Rigter e.a. 2004; Rigter, 2006). Wordt de schijnwerper vooral gericht op zaken als criminaliteit, dan is het pleit tussen met name MDFT en MST nog niet beslecht. De hier aangestipte meervoudige gezinstherapieën zijn onderling nimmer rechtstreeks vergeleken op welke uitkomst dan ook.

Hier ligt in Nederland een schone taak voor onderzoeksorganisatie ZonMW, die van de ministeries van VWS en Justitie de opdracht heeft gekregen een programma voor onderzoek en implementatie te ontwikkelen gericht op meervoudige gezinstherapieën als hier bedoeld. Daarbij moet ook de relatie tussen kosten en effectiviteit aan de orde komen. Gezien de inschakeling van ZonMW, het bezoek van therapeuten aan congressen en de belangstelling voor training in meervoudige gezinstherapie (er zijn wachtlijsten maar er komen nieuwe trainingfaciliteiten) is Nederland rijp voor invoering van dit soort interventies. Er lopen verschillende initiatieven, maar daarbij valt een gebrek aan onderlinge afstemming en coördinatie op (Rigter, 2006).

Een behandeling als MDFT kan met succes plaatsvinden bij lichte probleemgevallen, maar zal in de praktijk meestal aangewezen zijn bij zwaardere gevallen. Voor MDFT heeft een behandelcentrum een team van minstens drie tot vier therapeuten nodig, dat cliënten

regelmatig bespreekt en onder leiding staat van een supervisor. Anders gezegd, de benodigde capaciteit is circa 2,2 fte MDFT-therapeut plus 0,5 fte voor een supervisor (de supervisor kan ook behandelen). Een therapieassistent kan gewenst zijn voor het maken van de benodigde afspraken, maar dit kan ook een secretariaatsmedewerker doen.

De caseload per therapeut is bij MDFT vijf tot acht adolescenten plus familie op enig moment. Met een team in de beschreven omvang moet het mogelijk zijn per jaar minstens zestig adolescenten en familie te behandelen. Dit is een behoorlijke tijdsinvestering, te overwegen als minder intensieve interventies niet werken of niet in aanmerking komen.

Literatuur

- Hall, W. (2006). The mental health risks of cannabis use. *PLoS Medicine*, 3, e39.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: immediate outcomes. *Journal of Community Psychology*, 30, 1-22.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, & Meijer, R.F. (red.) (2006). *Nationale drug monitor. Jaarbericht 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Littell, J.H., Popa, M., & Forsythe, B. (2005). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Rigter, H., Gageldonk, A. van, Ketelaars, T., & Laar, M. van (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Utrecht: Bureau NDM.
- Rigter, H. (2006). *Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rigter, H. (2005). *Report on the INCANT pilot study. The feasibility of multidimensional family therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis and possibly other substances*. Rotterdam: MGZ/Erasmus MC.
- Sexton, T.L., & Alexander, J.F. (2000). *Functional family therapy*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson, P., Wilson, M.R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002.
- Szapocznik, J., & Williams, R.A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2002). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults - a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 147-59.
- Vreugdenhil, C., Doreleijers, T.A.H., Vermeiren, R., Wouters, L.F. J.M., & Brink, W. van den (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.